

生存科学

Journal of Seizon and Life Sciences

特集=リスク

VOLUME 29-1

SEPTEMBER 2018

公益信託 生存科学研究基金
武見記念
公益財団法人 生存科学研究所

J. Seizon and Life Sci.
Vol. 29-1, 2018, 9

【研究ノート】

権利を基礎とする認知症医療・介護の在り方に関する研究

Research on the way of medical care for
the people living with dementia by Rights Based Approach

山崎 英樹*

Hideki Yamazaki

はじめに

たとえば開発援助の一環として学校を建てるにしても、教育を受ける権利を知ることから始めなければ有効に活用されない。こうした権利ベースのアプローチ (Rights Based Approach, RBA) は、1990年代後半から国連の開発分野で重視されるようになり、貧困や教育、障害の分野に応用されてきた。2006年に国連で採択された障害者権利条約は一つの成果であり、日本は2007年に署名し2014年に批准している。

認知症のある人に焦点を当ててRBAを定義すると、「国際人権基準、国連の障害者権利条約などを基盤に据え、認知症の人が自らの権利を知り要求することをエンパワーし、権利を尊重し守る責任のある責務履行者 (個人、機関、企業、専門職) の説明責任と履行能力を高めるアプローチ」とされる¹。このRBAを、わが国の認知症医療や介護の現場に広げていくにはどのような課題があるのだろうか。そのことを実践の場から明らかにすることが、本研究の目的である。

本稿では、RBAの基礎となる考え方である社会モデルの概念的整理を試みる。まず認知症をとりまくこれまでの歴史を、医学モデルから生活モデル、社会モデルへの発展として俯瞰する。次いで、医学モデルが台頭する理由とその負の側面を指摘し、そこから抜け出すために家族と本人の自助グループが果たした役割を考察する。さらに認知症早期の診断後支援には医学モデルよりも社会モデルが有用であることを指摘し、その上で、各モデルを改めて整理する。最後に明治の頃は権利が権理と翻訳されていたことに触れ、Rightsをどのように理解し、感じれば良いかについて若干の私見を述べる。

1. 認知症をとりまくこれまでの歴史

田坂広志²はヘーゲルの弁証法を引用しながら、世の中はらせん的に発展すると指摘してい

* いずみの杜診療所 (Izuminomori Clinic)

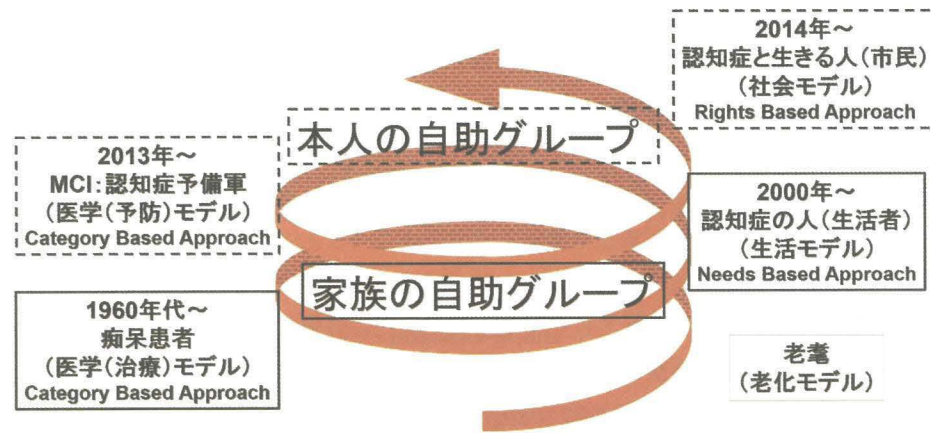


図1 認知症をめぐる日本社会のらせん的発展

化によって、後方に取り残された高齢者や障害者が行き場を失っていく。

こうした軌跡を緩和するために、当時、所得倍増計画を推し進めた池田内閣は国民階層を貧困層、低所得層、一般所得層の三つに分け、それぞれに公的扶助、社会福祉、社会保険を充てた（社会保障制度審・昭和37年勧告）。そのため、社会福祉は低所得層にたいする行政処分（措置収容）として方向づけられ、公費による施設の整備が遅れ、所得審査や家族関係などの調査をとまなう利用しにくいものとなった。一方、社会保険（主に医療保険）は福祉の利用しにくさを補いながら、民間資本により急速に病床が整備され、いわゆる社会的入院という形で介護の必要な高齢者をカバーしていく。つまり社会状況に押されながら老いは医療に覆われ、老耄は痴呆患者となったのである。

こうして出現した認知症の医学モデルの源流には、二つの流れがある。一つは精神病という流れであり、もう一つは寝たきり老人という流れである。

1963年の老人福祉法制定によって特別養護老人ホームが創設されたものの、殺到するほど老人に対応しきれず、翌年には厚生省福祉課長通達によって「精神障害等手のかかる老人は措置せずともよし」とされた。これを受けて登場したのが医療である。1969年には日本老年医学会で「老人呆けは精神障害」というシンポジウムが開かれ、医学モデルへの流れが本格化する。1972年に出版された『恍惚の人』（有吉佐和子）に「彼は精神病だったのか」という表現がある。1977年には国立療養所菊池病院に痴呆性疾患専門病棟が開設され、1988年には治療病棟が創設された。

一方、寝たきり老人の流れを見ると、1969年の厚生白書に「寝たきり老人対策」という言葉があらわれ、1970年代にいわゆる老人病院が急増した。1982年に老人保健法が制定されて老人病院が制度化され、1987年の改正で老人保健施設が創設される。

老いを医療で覆い、そうして生まれた社会的入院を、今度は精神病と寝たきり老人に色分けして制度的にも担保してきたのが、日本の社会保障政策であった。この強固に練り上げられた疾病観が、優生思想で語られる「価値なき生命」にも通じる誤解や偏見を深く醸成してきた。老いに対する医学モデルは政策的に誘導されたものでもあるわけで、実に根深いと言わなければならない。

2000年に介護保険が施行されると訪問系、通所系の在宅サービスが充実するとともに、施設もようやく住まいとしての体裁を整え始めた。家での暮らしが見えはじめ、あるいは施設の家庭的な雰囲気の中で、「認知症でも、あたりまえの暮らしを」という考え方が広がり、実践されるようになった。

その一方で前述した2013年6月の認知症予備軍400万人という報道をきっかけに、すでに先行して広がりつつあった認知症予防ビジネスが一気に活性化し、自治体をも巻き込みながら市場を広げ始めた。超高齢社会の不安を煽りながら、しかも偏見を助長しかねない商業ととも、確かなエビデンスのない認知症予防が日本中で喧伝されている。ここでも超高齢社会と市場原理という社会状況に押されながら医学モデルが再び台頭したと考えられる。2015

る。たとえばかつての露天市場がネット上にオークションとして再登場するように、懐かしいものが、新たな価値を付与されて再び現れるという。

認知症はかつて耄碌、ぼけ、老耄などと呼ばれ、一般には老いの一類型として理解されていた（老化モデル）。1960年代に医療保険が成立すると、彼らの多くは痴呆患者と呼ばれ、病院で暮らすようになった（医学モデル）。しかし社会的入院への反省もあり、2000年に介護保険が成立すると、介護のまなざしは生活そのものに向けられていく（生活モデル）。その後、2013年に前年時点で認知症は462万人、軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment, MCI）は400万人と推計されることが公表され、MCIは認知症予備軍と報道されて確かなエビデンスのない予防が強調されるようになった（医学モデルの再来）。一方で早期診断が、イコール早期絶望とさえいわれる中で、それでも「社会とつながりながら主体的に生きたい」という本人の切実な声に応じて、当事者参画を原則とする権利回復の動きが広がりを見せている（社会モデル）。

鳥瞰すれば、患者と呼ばれる「客体」から、生活者、市民と呼ばれる「主体」への回帰を繰り返しながら、認知症社会はらせん的に発展している。そして家族の自助グループは医学モデルの時代に誕生して生活モデルへの移行を促進し、本人の自助グループは再び医学モデルから社会モデルへの移行を促進しつつある（図1）。

2. 社会状況に押されて台頭する医学モデル

戦後の高度経済成長は、地方（村）から都市への急激な人口移動によって達成された。イギリスにおいて16世紀から数百年にわたって進行した移動規模が、日本では1955年からわずかに20年間で達成されたという。この人口移動は、家を基盤とする第一次産業から都市、大衆を基盤とする第二次、第三次産業への移行としても急激であった。いわば村の過疎化と家の空洞

年から全国に展開された認知症初期集中支援の中で「とりあえず医療につなぐ」という安易な発想が広がっているのも、こうした医学モデルの再燃と無縁ではないだろう。そしてまた、いわば福祉の医療化によって、過剰診断とさえ言える状況が出現している。社会状況に押されながら医療の場に次々と現れる人々を、医師はとにかく診断しなければならない。

もともと病の分類には、疾患分類 Nosology と類型分類 Typology がある。疾患分類は共通の病理、症状、経過に基づく分類であり、疾患単位として確立していく。類型分類は一定の基準に基づく分類であり、たとえば若年、老年のように年齢に基づくもの、皮質性、皮質下性のよう症候に基づくもの、そして MCI のように重症度に基づくものなどがある。通常は疾患単位が確立された後に、ようやく治療や予防のエビデンスが明らかにされていく。

ふり返れば認知症診断は、社会状況に押されて類型から始めるしかなかった。認知症の原因は、昔は血管性、そのうちアルツハイマー病、さらにレビー小体病、最近ではタウオパチーも注目されているが、アルツハイマー型、レビー小体型、MCI などという診断名が示すように、未だ疾患単位の模索に留まる類型診断の不確かさが、治療や予防のエビデンスが確立されにくい一つの理由になっている。

さらに Kleinman³ は人類学的見地から「医療行為が、社会的・文化的な問題を緩和するためにおこなわれる場合があり、結果的には効果のない、ときには有害な専門的ケアを生むばかりでなく、ヘルスケア資源の乱用、文化的に不適切なケアに対する患者の治療拒否や不満を生む」と痛烈に指摘している。

かつて老人病院では身体拘束が、精神病院では隔離があたりまえであった。人権というものが医学モデルによって曖昧にされ、封殺されることがある。その状況は今日なお、十分に解決されてはいない。人生の断絶処方⁴とさえ呼ばれ、早期診断=早期絶望ともいわれる認知症診断を希望あるものに変えていくには、疾患単位の確立を急ぎつつも、医学モデルを超えた理解の仕方を医療者が、そして社会が手に入れる必要があるのではないだろうか。

3. 自助グループによって促進される医学モデルからの脱却

1980年1月、京都で介護家族ら90名余が集まり「呆け老人をかかえる家族の会」が結成された。2006年に「認知症の人と家族の会」と名称を変更し、2015年には会員約1万1000人を擁するわが国で最大規模の自助グループとなっている。

1990年代から「ぼけても安心して暮らせる社会を」、「ぼけても心は生きている」などを標語に掲げながら活動していたが、2009年に理念を次のように定めた。

「認知症になったとしても、介護する側になったとしても、人としての尊厳が守られ日々の暮らしが安穩に続けられなければならない。認知症の人と家族の会は、ともに励ましあい助けあって、人として実りある人生を送るとともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を希求する。」

家族の会は、1980年から調査研究事業にも取り組んでおり、調査をもとに行われた行政へ

の要望や政策提言は1982年から2015年までで約70回にもなる。最初の要望の骨子は「ねたきり老人なみの福祉」であった。一貫して介護の社会化を求めており、介護保険の成立を強く後押しした。医学モデルから生活モデルへの移行は、家族の自助グループによって促進されたのである。

一方、認知症の早期診断が広がるとともに、診断された本人が自らの思いを社会に発信することが多くなった。その端緒となったのは2003年10月のChristineの来日である。彼女は1995年に46歳で認知症と診断され、苦悩と向き合いながら本を書き、認知症と生きる人の権利擁護を訴え続けている⁵。一冊目の手記の日本語版『私は誰になっていくの?』の出版を記念して来日し、NHKなどでも放映されて話題となった。その後、2004年と2017年のADI国際会議(京都)を含め6度の来日を果たしている。彼女のバトンをつなぐように日本の当事者が次々と語り始めた⁶。

認知症の当事者は、たとえば身体障害や精神障害の当事者のようには、通常、長く活動を続けられない。このため彼らはパートナーと呼ばれる理解者ととともに、まさにバトンをつなぐように運動を広げてきた。その流れが、2014年10月に設立された日本認知症ワーキンググループ(Japan Dementia Working Group, JDWG)につながり、2015年に公表された新オレンジプランに「認知症の人やその家族の視点の重視」を柱として盛り込む一つの契機となった。活動の目的は「認知症になってから希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創りだしていくこと」とされ、認知症JR東海事故や改正道路交通法に対する見解を公表するなど、社会への提言を力強く続けている。

JDWGの活動メンバーが参画して2017年に「本人ミーティング開催ガイドブック⁷」が、2018年に「本人ガイド」(老健事業版⁸、仙台版⁹)が発行された。これらによって本人同士の出会いとピアサポートの場が日本中に広がり、本人が自らの権利に目覚め、当事者参画を原則とする認知症にやさしい町づくり(Dementia Friendly Community, DFC)の進展に主体的に貢献していくことが期待される¹⁰。

家族と本人の当事者グループは、医学モデルからの脱却に大きな役割を果たした。だが、それぞれが目指した方向は同じではない。

家族の視点からみると認知症の本人は客体であり、家族によってニーズが探られ、与えられるべき支援が家族によって決定される。本人のためを思いながらも、ときに本人の意向と対立し、切羽詰まった家族はもっぱら医療や介護の専門家に訴え出ることによって、いわば医学モデルを後ろ盾にしながら本人の意向を封じ込めてきた。つまり家族によって目指された生活モデルは、たとえば隔離された病院の中の生活空間の改善に留まることも許容するものであり、医学モデルを完全に超え出るものではなかった。

本人の視点から見ると認知症の本人は主体であり、本人によって自立と共生が語られ、取り戻すべき権利が本人自身によって表明される。そうした声に耳を傾けることによって、ケアはやさしさや善意による施しではなく、権利として享受すべき配慮であったと気づかされる。地

域包括ケアシステムの構築が目指されているが、いわば地域包括権利システムというべき文化と仕組みこそが求められているのではないだろうか。自立生活運動のスローガンである“Nothing about us, without us.”は、認知症に関わる全ての領域においても原則とされなければならない。ここに至ってようやく、医学モデルを超える社会モデルの地平が拓けていくだろう。

4. 空白の期間にどう向き合えばよいのか

JDWG の設立趣意書に以下の文章がある。

「早期診断の広がりによって、自分が認知症であることを認識できる『初期』で診断される人が増えているものの、診断前後から介護保険サービスの対象とされるまでの支援は未整備であり、絶望に陥る人があとを絶ちません。この『空白の期間』の解消は、これから認知症になる可能性のあるすべての人にとって深刻かつ切実な問題です。」

この空白の期間と、医療者はどのように向き合えば良いのだろうか。一つは予防、一つは備えとしてまとめてみたい。

『予防』は、認知症は「進行性の脳疾患」である、という定義に立ち、症状は疾患によって生じるという医学モデルに立脚する。このとらえ方は進行性という点で、たとえば Advance Care Planning ACP など、がん医療からの学びを促すものの、不治の脳病というイメージは「価値なき生命」観や「認知症＝終わり」という悲観と結びついて認知症診断への忌避や心理的な否認を招き、受容への妨げともなりかねない。一方で「治りたい、進行したくない」という本人の切実な願い、すなわち通常は進行性であることへの「否認」に寄り添う姿勢が、臨床医には求められることがある。しかし予防を励まし続けた医療者は、いよいよ進行の現実と直面した本人や家族とどのように向き合えば良いのだろうか。

『備え』は、認知症は「進行性の高次脳機能障害」である、という定義に立ち、障害は社会的障壁によって生みだされるという社会モデルに立脚する。このとらえ方は、「価値なき生命」観とは無縁であり、医学モデルにともなう悲観的な固定観念に陥ることがない。そのため、がん医療に留まらず、自立生活運動や障害者権利条約など障害者運動からの学びをより円滑なものにする。その集大成として登場するのが、権利ベースのアプローチ RBA である。冒頭に定義を示したが、一先ず「Living well with dementia は権利であることに本人が目覚め、人生を再構築できるように応援する責任が周囲にはある」と平明に言い替えることもできよう。Living well with dementia は、2009 年に英国の国家認知症戦略で採用されたスローガンである¹¹。

5. 座標軸によるモデルの整理

これまで概括してきた医学モデル、生活モデル、社会モデルを、次のような座標軸で整理してみたい。

まず「人びと」から「一人ひとり」へのベクトルで横軸を、「異なる」から「同じ（あたり

まえ)」へのベクトルで縦軸を引き、第 1 象限に着目して「一人ひとりがあたりまえに」の座標軸と名付ける（図 2）。各象限には次のようなケースが入る。

医療保険の時代、「異なる人びと」として画一的な支援や保護が行われた時代があった（第 3 象限）。介護保険の登場によって、「あたりまえの人びと」として認知症でもあたりまえの暮らしを、という考え方が広がった（第 2 象限）。認知症だからこそ経験専門家として活躍する当事者は、「一人ひとりがあたりまえに」の領域に位置づけられる（第 1 象限）。一方、たとえば演奏したり講演したりする当事者を、賞賛であれ懐疑であれ、認知症なのにできるのか、というまなざしや、まして本当に認知症なのかというまなざしは「異なる一人ひとり」の領域に入れることができるだろう（第 4 象限）。

仮に進行したとしても、Living well with dementia は第 1 象限で実現されるものであろう。家に帰ると出て行く人を徘徊と呼ぶのか、外出と見なすのかの違いは、第 4 象限と第 1 象限のまなざしの違いとして整理することができる。予め画一的にお膳立てされた暮らしや就労の環境は、「異なる人びと」へのまなざしから発想されるものであり（第 3 象限）、認知症でもあたりまえの暮らしや就労をめざすという点では、せいぜい第 2 象限を指向するものと位置付けられる。暮らしや就労の環境は、予め画一的に用意されるのではなく、当事者の声に耳を傾けながら個別に、事後的に配慮されるべきであろう（第 1 象限）。

さらに認知症ビジネスと呼ばれるものも、経験専門家である当事者の参画を得て開発されるべきである。たとえば当事者の自立を補助する GPS や日用物品の開発、また疾患診断や治療の精度を上げる研究などは、当事者のニーズであり権利でもある（第 1 象限）。前記の認知症予防ビジネスは、認知症のある人を「異なる人びと」と見なして回避しようとするものであるから第 3 象限に位置づけられるであろう。

「一人ひとりがあたりまえに」の座標軸は、自立と共生の軸に重ねることができる（図 3）。横軸は「人びと」に埋もれる客体から「一人ひとり」として生きる主体へ、すなわち自分で決めながら主体として生きる自立への軸。縦軸は異化から同化（共生）へ、すなわち価値を認められてつながりながら生きる共生への軸。「一人ひとりがあたりまえに」の座標軸の各象限で引用したケースから示されるように、第 3 象限と第 4 象限には医学モデルを、第 2 象限には生活モデルを、第 1 象限には社会モデルをそれぞれ入れ込むことができる。

各象限に、ふさわしいアプローチ法を入れ込むと図 4 となり、ふさわしい評価法を入れ込むと図 5 となる。なお第 4 象限は個人の尊厳を侵すまなざしであり、第 1 象限への移行が求められるのであって、アプローチや評価の対象となる領域ではないことから空欄にしてある。図 5 の第 2 象限は、「あたりまえ」の関係性が問われることから“語り”による Narrative based な評価法が望まれるものの、「人びと」という集団が対象となるために Evidence based な統計的評価法が一般的であり、両者を位置づけた。もっとも、いずれの手法もすべての象限において応用が可能ではある。

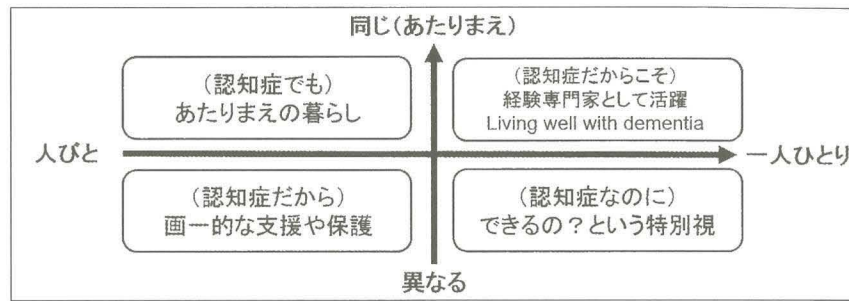


図2 「一人ひとりがあたりまえに」の座標軸

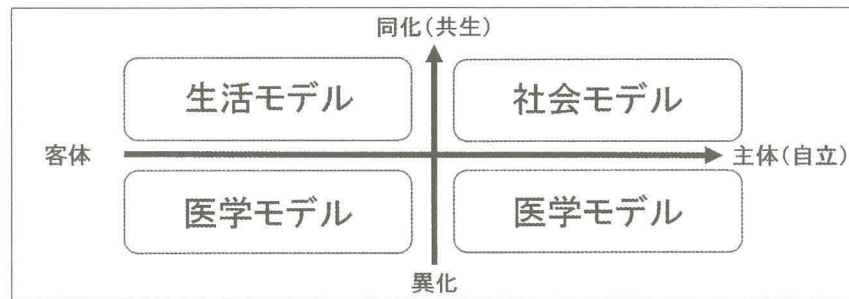


図3 自立と共生の座標軸とモデルの関係

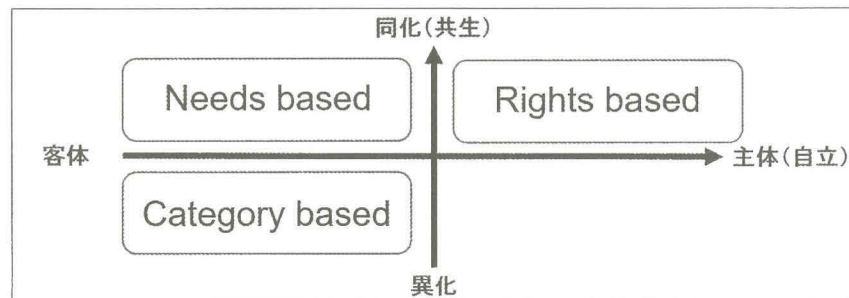


図4 自立と共生の座標軸とアプローチ法の関係

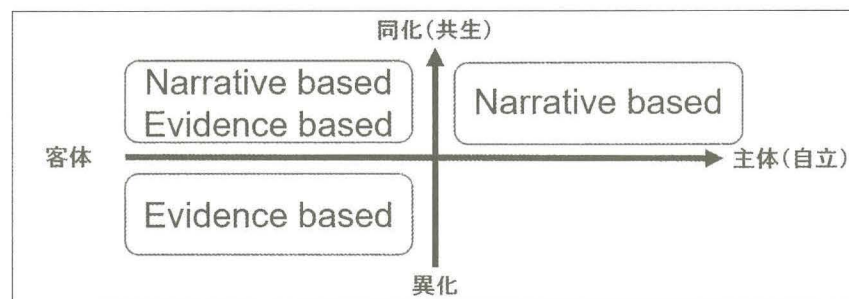


図5 自立と共生の座標軸と評価法の関係

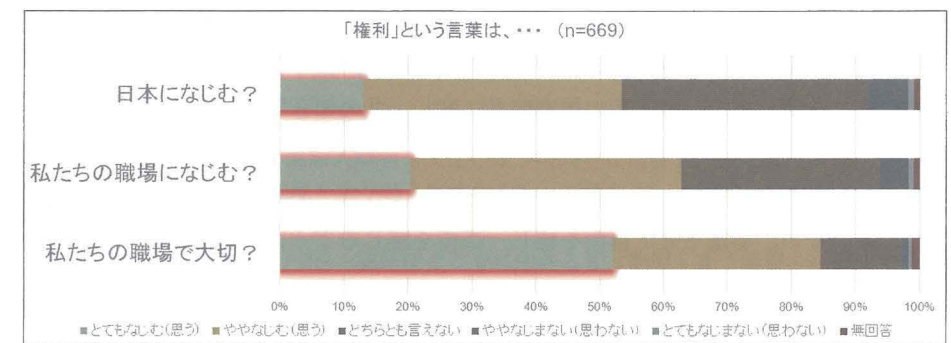


図6 権利に関するアンケート

6. 権利と権理

権利という言葉には独特の硬さがある。筆者は精神科診療所で働きながら介護施設を運営しているが、職場で定期的に行っているアンケートのなかに次の項目を入れてみた。

設問：『認知症とともに生きる人の権利を大切にする』という考え方が欧米では大きな流れとなっています。一方で、日本には権利という言葉がなじまないという意見もあります。そこで、皆さんに伺います。

- ① 権利という言葉は、日本になじむと思いますか。
- ② 権利という言葉は、私たちの職場になじむと思いますか。
- ③ 権利という言葉は、私たちの職場で大切だと思いますか。

とてもなじむ(思う)、ややなじむ(思う)、どちらとも言えない、ややなじまない(思わない)、とてもなじまない(思わない)の選択式で回答を得た。2017年3月実施。回答数は669名。「とてもなじむ」は①が約1割、②が約2割、③が約5割であった(図6)。権利は、やはりあまりなじみのない言葉のようである。

「権利」は、明治時代、rightに与えられた翻訳語の一つである。当時、それまでの日本にはなかった言葉が西欧から一気になだれこんできた。社会、個人、近代、美、芸術、恋愛、存在、自然、自由、彼・彼女など、どれも日本人の意識に新たな変革を迫るものであった。

1864年に中国語訳された『万国公法』(H. Wheaton, "Elements of International Law" 1836)に「権利」の訳語があり、これが明治政府の官庁用語として普及した。1898年(明治31年)に明治民法が公布されると「権利」は法律用語としても確立する。しかし、それまでは「権利」とともに「権理」が一般にも使われていた。たとえば相馬事件について出版された『神も仏もなき闇の世の中』(錦織剛清, 1892(明治25年))の久永廉三による序文¹²には、自由とともに権理が繰り返し現れる。

自由に担保なくんば自由危く、権理に保険なくんば権理危し……

若し相馬子爵の自由を縛束し、権理を侵害せし者ありとせば、其縛束を為し侵害を為したる者を盡く責めざるを得ざるなり、之を責むる所以のものは、独り相馬子爵の自由権理を担保し保険するに止まらずして、一般人民の権利消長に關し、此の如き罪者は責むべきものとす、

明治の人々にとって「権理」は、自由や芸術と同じように、心惹かれる希望に満ちたことばであったに違いない。心躍らせて自由を感じ、芸術を感じるように、権理も本来は感じるものではなかっただろうか。

翻訳家でもあった福澤諭吉は、rightの「正しい」という本来の意味を汲んで、通義や権理と訳した。『學問ノス、メ』にこう書いている。

人と人との釣合いを問えばこれを同等と言わざるを得ず。ただしその同等とは有様の等しきを言うにあらず、権理通義の等しきを言うなり。(二編. 1873 〈明治6年〉)

凡そ人とさえ名あれば、富めるも貧しきも、強きも弱きも、人民も政府も、その権義に於いて異なるなしとのことは、第二編に記せり。(二編にある権理通義の四字を略して、ここには唯権義と記したり。何れも英語の「ライト」と云う字に当る)(三編. 1873 〈明治6年〉)

『學問ノス、メ』の「天は人の上に人を造らず人の下に人を造らず」(初編 1872 〈明治5年〉)という、あの有名な書き出しは、実に「ライト」という言葉に啓示を受けたものではなかったかと思う。

福澤が「権理」を用いたのは、主に明治10年代前半までで、20年代以降にはほとんど見られなくなる。この間の事情を岩谷¹³はこのように指摘している。「福澤の用いる『権理』は、まさしく『通義』から『権利』への過渡的な様相を帯びた概念であった。それは『通義』にはあり『権利』にはない『理(ことわり)』を有し、また『通義』にはなく『権利』にはある『力』をも有する」。

利益や利害の利を用いながら権利というとき、それは「わたしの権利」という一人の世界に暗く閉じていくような気がする。一方、道理や摂理の理を用いながら権理というとき、それは「わたしとあなたの権理」という分かちあいの世界に明るく開かれていくように思う。権理は「わたしとあなたで分かちあうもの」であり、ナラティブな関わりを導く言霊となり得るのではないか。Right(正しさ、権理)はぶつけあうのではなく、分かちあうもの。Rightの本来のニュアンスをそのように理解するとき、RBAもようやく生き活きと立ち上がってくるように思う。ああ、こんなところに権理がある、と朗らかに感じることから現場での実践を始めたいものである。

文献

1. 林真由美：認知症と共に生きる人々のための権利と権利ベースのアプローチ. 精神医学 59(8) : 739-748, 2017.
2. 田坂広志：使える弁証法, 東洋経済新報社, 東京, 2005.
3. Arthur Kleinman(大橋訳)：臨床人類学—文化のなかの病者と治療者. 弘文堂, 東京, 1992.
4. Kate Swaffer(寺田訳)：認知症を乗り越えて生きる—“断絶処方”と闘い, 日常生活を取り戻そう. クリエイツかもがわ, 京都, 2017.
5. Christine Bryden(馬籠久美子訳)：認知症とともに生きる私「絶望」を「希望」に変えた20年. 大月書店, 2017.
6. NPO 法人認知症当事者の会：扉を開く人 クリスティーン・プライデン. クリエイツかもがわ, 2012.
7. 本人ミーティング開催ガイドブック http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honninmeeting1_1.pdf (2018年4月28日)
8. 本人にとってのよりよい暮らしガイド <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honningaide.pdf> (2018年4月28日)
9. 認知症とともにあゆむ本人からのメッセージ <http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/kenkoto-fukushi/korenokata/ninchisho/shiryo/documents/kojinban.pdf> (2018年4月28日)
10. 山崎英樹：Dementia Friendly Community とはなにか～宮城県仙台市の経験. 老年精神医学雑誌 28 : 503-510, 2017.
11. Living Well With Dementia: a national dementia strategy <https://www.gov.uk/government/publications/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy> (2018年4月28日)
12. 小浜市立図書館・酒井家文庫所蔵：神も仏もなき／闇の世の中 <http://school.nijl.ac.jp/kindai/OBAM/OBAM-00009.html#1> (2018年4月28日)
13. 岩谷十郎：デジタルで紡ぐ福澤諭吉の法のことば—権利・権理・通義—. MediaNet No. 15. (2008. 10) <http://www.lib.keio.ac.jp/publication/medianet/article/pdf/01500380.pdf> (2018年4月28日)